DISSERTATION

N° 42.

SUR

L'APOPLEXIE;

Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 18 mars 1819, pour obtenir le grade de Docteur en médecine,

PAR GUILLAUME-PIERRE SEGUI, natif de Mahon,

(Dans l'île de Minorque).

In syderatis succedentes hæmorrhoïdes, utiles; refrigerationes verò et torpores malum denuntiant.

HIPP., *Coacæ præn.*, sect. 2, p. 194, ed. FOESIO.

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n.° 13.

1819.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. LEROUX, Doyen.
M. BOURDIER.
M. BOYER, *Examinateur.*
M. CHAUSSIER, *Examinateur.*
M. CORVISART.
M. DEYEUX, *Examinateur.*
M. DUBOIS.
M. HALLÉ.
M. LALLEMENT.
M. PELLETAN.
M. PERCY.
M. PINEL.
M. RICHARD.
M. THILLAYE.
M. DES GENETTES.
M. DUMERIL.
M. DE JUSSIEU.
M. RICHERAND.
M. VAUQUELIN.
M. DESORMEAUX.
M. DUPUYTREN.
M. MOREAU.
M. ROYER-COLLARD, *Président.*
M. BÉCLARD, *Examinateur.*
M. MARJOLIN, *Examinateur.*

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions mises dans les dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs; qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

CELEBERRIMO PROFESSORI,

PRÆCEPTORI MEO AMICISSIMO,

M. P. ORFILA,

Medico regio, plurimis scientiarum artiumque academiis societatibusque, tum gallicis, tum externis, adscripto,

In publicum gratitudinis et amicitiæ pignus,

HANCCE DISSERTATIONEM DICO ET VOVEO

AUCTOR.

AUX MÂNES

DE MON PÈRE.

A MA MÈRE.

Daignez accepter, père et mère tendres et chéris, ce faible écrit, comme une preuve de la reconnaissance et de l'amour de votre fils.

A MON FRÈRE ET A MA SŒUR.

Recevez ce gage de mon amitié fraternelle.

P. SEGUI.

DISSERTATION

SUR

L'APOPLEXIE.

Histoire générale de l'Apoplexie.

Définir une maladie, c'est tracer en peu de mots les phénomènes qui la caractérisent et la distinguent de toutes les autres affections. On prévoit, par ce simple exposé des qualités requises d'une bonne définition, que la maladie dont je vais tracer l'histoire n'est point susceptible d'être définie. En effet, l'apoplexie ne différant de plusieurs autres maladies que par l'apparition plus ou moins tardive, la succession et la marche des symptômes qu'elle présente, il faudrait les énumérer tous pour bien faire sentir et apprécier les différences qui ne permettront jamais de la confondre avec d'autres affections morbides. C'est aussi pour avoir eu une opinion contraire, et avoir méconnu la variabilité dans l'existence de certains symptômes et leurs divers degrés d'intensité, que les auteurs, et parmi eux *Sydenham* (1) et *Cullen* (2), sont tombés

(1) *Sydenham*, Opera medica, p. 663. Genevæ 1716.

(2) *Cullen*, Elémens de médecine pratique, traduits de l'anglais par *Bosquillon*, t. 2, p. 1818.

dans une erreur palpable ; le premier, en comparant l'apoplexie à un sommeil profond, avec privation du sentiment et du mouvement, avec respiration difficile, stertoreuse ; le second, en disant que l'apoplexie était une maladie dans laquelle tous les sens externes et internes étaient jusqu'à un certain point anéantis, pendant que la respiration et l'action du cœur subsistaient.

Sans chercher donc à définir l'apoplexie, que l'on trouve dans les anciens désignée par les expressions plus ou moins inexactes et peu satisfaisantes de *attonitus stupor*, de *morbus attonitus*, de *syderatio*, de *ictus sanguineus*, de *hæmorrhagia cerebri*, nous nous bornerons à dire que cette maladie, toujours grave, et dont l'invasion est le plus souvent brusque et subite, se fait remarquer par la diminution ou la perte de la sensibilité ; par la cessation plus ou moins complète des mouvemens volontaires, et par un état soporeux plus ou moins profond.

Les mêmes raisons qui firent varier ses dénominations et ses définitions lui firent assigner aussi des rangs différens dans les divers cadres de nosologie : *Sauvages*, et après lui *Sagar*, rangèrent l'apoplexie dans la classe des débilités ; *Linnæus* lui assigna une place dans la classe des quiétales ; *Vogel* la mit dans celle des adynamies ; *Brown* dans les asthénies ; enfin *Cullen* et M. le professeur *Pinel* l'ont placée avec plus de raison, ce me semble, dans la classe des névroses.

Après cela on voulut, comme en histoire naturelle, en distinguer plusieurs espèces ; et, par un abus singulier, on en admit jusqu'à huit : de là les distinctions non admissibles en pratique d'apoplexie idiopathique par épanchement sanguin ou séreux dans les ventricules du cerveau ; d'apoplexie idiopathique par épanchement sanguin, séreux ou purulent dans la substance même du cerveau ; d'apoplexie idiopathique par développement de tumeurs ; d'apoplexie idiopathique par réplétion sanguine artérielle ; d'apoplexie idiopathique par réplétion sanguine veineuse ;

d'apoplexie idiopathique par réplétion des sinus ; d'apoplexie idiopathique nerveuse ; d'apoplexie sympathique nerveuse (1).

En vain, dans ces derniers temps on a voulu attacher certaine série de symptômes à telle ou telle espèce d'apoplexie qu'on avait préalablement établie. Quel est le médecin praticien qui ne taxera pas de ridicule une semblable prétention, en vérifiant tous les jours les observations de *Morgagni*, qui dit avoir trouvé des épanchemens séreux dans les ventricules du cerveau à la suite d'apoplexies réputées sanguines, et des congestions sanguines à la suite d'apoplexies réputées séreuses? Quel est le médecin, en un mot, qui, ayant beaucoup vu de ces maladies, n'a été surpris, après la mort du malade, de ne rien voir qui pût en quelque manière rendre raison des phénomènes dont il avait été le témoin, et qui l'avaient porté à admettre l'existence d'un épanchement plus ou moins considérable, soit sanguin, soit séreux !

Examinons maintenant si la division de l'apoplexie en *faible* et en *forte*, aujourd'hui généralement admise, peut être plus utile ou nécessaire. Je pense que non ; car il est bien évident que, si les divers degrés dans l'intensité des symptômes, si leur gravité et leur danger suffisaient en médecine pour constituer des espèces différentes, il faudrait des volumes sans nombre pour les classer et des mémoires bien heureuses pour les retenir. Mais, dira-t-on, cette division découle naturellement de l'observation ; et il résulte de là une différence dans le traitement qui est plus ou moins actif, suivant que c'est à l'une ou à l'autre de ces deux espèces que le médecin doit s'opposer. Je répondrai à ces objections que les autres maladies sont absolument dans le même cas, et que cependant il n'est venu dans l'esprit d'aucun médecin nosographe d'adopter une pareille division.

---

(1) *Fodéré*, de Apoplexiâ disquisitio theorico-practica, in-8. Aven. 1808. *Montain* (*Fred.* et *Alph. Claud.*), Traité de l'apoplexie. Paris 1811.

Il résulte de tout ce qui a été dit que la seule division de l'apoplexie en *idiopathique* et en *symptomatique* doit être conservée par plusieurs raisons, 1.° parce qu'elle existe réellement dans la nature; 2.° parce qu'elle établit des différences pratiques bien autrement essentielles que toutes les autres divisions; 3.° parce que, bien loin de surcharger la mémoire et de produire la confusion, elle tiendra sans cesse en garde le jeune médecin, toujours porté à trouver dans l'organe malade la cause de sa souffrance.

L'apoplexie est une maladie de l'âge mûr et de la vieillesse; c'est surtout de quarante à cinquante-six, soixante ans, qu'elle se manifeste; cependant elle n'épargne ni l'enfance, ni l'adolescence: souvent même on la voit attaquer les nouveau-nés au moment de leur expulsion hors de l'utérus. Aussi reconnaît-elle chez eux pour cause un accouchement laborieux, la compression de la tête à son passage, ou la compression du cou par quelques tours du cordon ombilical.

D'après certains auteurs, cette maladie, qui attaque plus souvent les hommes que les femmes, serait plus fréquente dans les pays froids que dans les pays chauds, et serait aussi héréditaire dans certaines familles. Plus commune, en général, dans les saisons trop humides ou trop chaudes, que dans celles qui sont tempérées et sèches, l'apoplexie enleverait, d'après M. *Fodéré*, le cinquième des individus qui en seraient atteints. Il paraîtrait, d'après les observations de tous les siècles, qu'elle sévirait plus dans certains temps que dans d'autres, et qu'elle suspendrait ses ravages pour revenir de nouveau dans quelques contrées qui sembleraient favoriser ses effets funestes. C'est, en effet, ce que confirment les écrits de *Morgagni*, de *Haller* et *Forestus*, médecins du seizième siècle, et de *Baglivi*, qui dit l'avoir vue régner à Rome, comme une épidémie, pendant les années 1694, 1695, et le commencement de 1705.

Cette opinion est encore partagée par *Henricus ab Heers*, *Lancisi* et autres, qui l'attribuèrent à l'usage immodéré du vin. De nos

jours (en 1807), on l'a vue attaquer un grand nombre de personnes, soit à Paris, soit en d'autres villes, et être presque constamment suivie de la mort. (Voy. Journal général de la société médicale de Paris du mois d'octobre 1807.)

L'apoplexie, très-commune, d'après *Van-Swiéten* (1), dans les villes assiégées, après de grandes commotions, des tremblemens de terre, des révolutions inopinées, des pertes, des jugemens criminels ou autres sujets de chagrins intenses, frappe de préférence les individus gras et replets. Cette vérité n'avait point échappé à *Hippocrate*, qui dit, dans un de ses aphorismes : « *Qui naturâ valdè crassi sunt, magis subitò moriuntur quàm qui graciles.* (Hipp., *Aph.*, sect. 2, aph. 44.)

En général, nul tempérament n'est à l'abri de cette affection. Cependant les personnes sanguines ou névroso-sanguines y sont plus exposées que les autres; il en est de même de celles qui font un usage immodéré d'alimens succulens et de boissons alcoholiques.

Les gens de lettres trouvent en elle, comme le dit *Cabanis*, la récompense que leur ménage la nature.

Les moissonneurs, les cuisiniers, les courriers, les maçons, etc., y sont aussi très-sujets.

Les maladies qui accompagnent ou précèdent le plus ordinairement l'apoplexie sont, l'épilepsie, les convulsions, l'hystérie, l'hypochondrie. A celles-ci il faut joindre les anévrismes, et l'inflammation des méninges et du cerveau, qui, dans tous les cas, d'après la remarque de *Van-Swiéten*, est promptement mortelle (2).

---

(1) Immodicas animi perturbationes, et repentè incussos timores pro causâ apoplexia habuit. (*Van-Swieten*, Comm. in *Boerhaave*, aph. de Apoplexiâ.

(2) Illis furoribus succedit somnus profundus, ipsaque apoplexia brevi lethalis. (*Van-Swieten*, in aph. *Boerhavii*, n.° 1010.)

Causes.

L'apoplexie reconnaît pour causes prédisposantes, un tempérament sanguin pléthorique, une tête volumineuse, un cou court, le volume et l'épaisseur non-ordinaires du cœur; l'âge mûr et la vieillesse; une vie sédentaire et inactive; un régime trop substantiel, l'excès de vigueur ou de faiblesse; l'embonpoint excessif, et certains états de l'atmosphère, tels que les hivers froids et humides après un été sec et chaud; le froid intense qui succède subitement à une température douce; certaines professions. Enfin, d'après les observations de *Quarin*, l'apoplexie attaquerait plus souvent les habitans des villes que ceux des campagnes, et plus souvent aussi les hommes que les femmes. Les attaques d'apoplexie sont plus fréquentes vers les solstices et les équinoxes que pendant l'été et l'hiver; la cause en réside sans doute dans le passage subit et non gradué d'une température à une autre.

Les causes occasionnelles qui agissent le plus communément, sont les excès d'intempérance, l'abus des liqueurs alcoholiques, l'ivresse, la suppression des menstrues, des lochies, du flux hémorrhoïdal, d'une saignée habituelle ou d'un écoulement de sang quelconque; la suppression brusque d'un cautère, d'un ulcère, d'un écoulement muqueux par les narines, d'une sueur; le passage subit du chaud au froid, et *vice versâ;* la répercussion d'une affection cutanée, de la goutte; l'existence d'une maladie de la face, comme un érysipèle, une ophthalmie aiguë, etc.; les inquiétudes, le chagrin, les méditations profondes et long-temps prolongées; une frayeur, une colère violente ou concentrée; les veilles, les excès dans les plaisirs vénériens, l'abus des narcotiques, l'action continue des rayons du soleil, la foudre, les chutes, les coups violens, les plaies qui intéressent le cerveau, et tout ce qui peut comprimer cet organe.

D'autres causes, mais moins fréquentes, peuvent également

donner lieu à cette maladie, presque toujours funeste. Telles sont, certaines asphyxies, une tumeur volumineuse ou tout autre corps qui gêne la libre circulation des fluides dans les vaisseaux de la tête ; la déclamation, le chant trop prolongé, l'application de la glace sur la tête, l'immersion subite dans un bain chaud ou froid; les efforts de la toux, du vomissement ; l'exercice précoce de l'organe encéphalique, le séjour dans les étuves, les accouchemens laborieux ; l'amputation d'un bras, la sortie des dents chez les enfans, l'inflexion vicieuse de la colonne vertébrale, et la mauvaise conformation du crâne, ou la disproportion entre ce dernier et la masse encéphalique.

Symptômes.

L'apoplexie, dont l'invasion est ordinairement subite, s'annonce cependant quelquefois par des douleurs de tête, des tintemens d'oreilles, des vertiges, des illusions optiques, un état de somnolence, un bégaiement accidentel et réitéré, l'engourdissement des membres, un sentiment de formication ; par des mouvemens convulsifs, des grincemens de dents ; par la rougeur de la face, le gonflement des veines jugulaires, la salivation, la respiration précipitée ; par une anxiété précordiale, par l'affaiblissement ou la perte de la vue, de l'ouïe et de quelques-unes des facultés de l'entendement, comme la mémoire.

Quand l'attaque est faible, on observe alors un léger embarras de la langue, un engourdissement dans les membres de l'un ou de l'autre côté ; il y a difficulté ou impossibilité de se mouvoir; douleur gravative de la tête, somnolence, légère distortion de la bouche, lenteur et difficulté dans les fonctions de l'entendement.

Quand l'attaque est plus forte ou plus violente, on remarque une diminution très-notable ou même l'abolition des fonctions des sens et de l'entendement; il y a stupeur profonde ou état comateux; perte plus ou moins complète du sentiment et du mouvement dans

une moitié du corps ; altération légère dans la respiration, qui devient stertoreuse vers la fin ; le pouls est fort et développé, souvent dur et serré, quelquefois faible.

Quand elle est très-violente, le malade succombe à l'instant même de son invasion. C'est par cette même raison qu'elle a été nommée *apoplexie foudroyante.*

Il n'est pas rare de voir les individus attaqués de cette maladie offrir les yeux fixes, étincelans ou à demi-ouverts ; les pupilles dilatées, les paupières demeurant comme suspendues, un larmoiement considérable ; des mouvemens convulsifs dans les membres ; la paralysie de l'œsophage, des muscles du larynx, des intestins ; le ris sardonique, le ptyalisme, la surdité, ou la pâleur ou la rougeur du teint ; le gonflement ou boursoufflement des tégumens de la face, l'épistaxis.

Diagnostic.

Il est souvent très-difficile, et même presque impossible, de bien distinguer l'apoplexie de quelques autres affections graves, telles que la *commotion*, la *fièvre cérébrale*, l'*hystérie*, la *catalepsie*, la *syncope*, l'*asphyxie.*

Commotion. Le nombre et l'intensité des symptômes, les signes locaux tirés de l'état du crâne, l'instantanéité dans l'apparition des symptômes après que la cause à agi, et leur diminution sensible, seraient des phénomènes suffisans pour déterminer le médecin à prononcer qu'il existe simplement une commotion.

La *fièvre cérébrale* est sans contredit, après la commotion, la maladie qui a le plus d'analogie avec l'apoplexie, et avec laquelle on pourrait facilement la confondre, si on n'avait égard qu'aux symptômes les plus apparens, et à l'état du cerveau après la mort. Mais son début, qui a lieu par des frissons, sa durée, ses paroxysmes, la fréquence du pouls, et surtout les anomalies ner-

veuses qu'elle offre, et qui caractérisent si bien toutes les fièvres ataxiques, aideront toujours, dans ces cas difficiles, à faire éviter un faux diagnostic, qui du reste ne pourrait point conduire à des résultats fâcheux, puisque le traitement de ces deux maladies est le même à peu de chose près.

L'*hystérie*, la *catalepsie*, la *syncope*, l'*asphyxie*, sont encore des affections que l'on pourrait confondre avec l'apoplexie. Mais qu'on se rappelle que, dans l'hystérie, il y a des agitations du bas-ventre et de l'utérus, des contractions plus ou moins violentes et intermittentes des divers muscles du corps; que, dans la catalepsie, les membres conservent l'attitude qu'on leur a donnée, au lieu que dans l'apoplexie ils se trouvent dans un état tel de relâchement, que, quand on les soulève, ils retombent aussitôt comme des corps entièrement inertes; qu'on se souvienne, dis-je, que, dans la syncope, la respiration et la circulation sont supprimées, et que, lorsqu'elle est complète, et seulement alors susceptible d'être confondue avec la maladie dont nous parlons, elle est ordinairement précédée de défaillances plusieurs fois répétées à des intervalles plus ou moins éloignés, et qui se terminent après un temps fort court; qu'on se représente enfin que, dans l'asphyxie, il y a suspension absolue de la respiration et de la circulation, et l'on parviendra presque toujours à distinguer l'apoplexie des maladies dont nous avons fait mention.

Prognostic.

La cause, l'intensité de la maladie, l'efficacité ou l'inefficacité des remèdes administrés, doivent être les trois principales bases sur lesquelles il faut établir le prognostic.

Rarement favorable, le prognostic de l'apoplexie doit être le plus souvent fâcheux, à cause de l'importance de l'organe lésé, des suites qu'elle laisse après elle, et principalement de la facilité avec laquelle ses attaques se renouvellent.

Une lésion plus ou moins marquée des fonctions des sens et des facultés intellectuelles, surtout du jugement et de la mémoire; un âge avancé, et une constitution affaiblie par une cause quelconque; la persévérance de la maladie pendant plusieurs jours sans aucune rémission des symptômes, la respiration stertoreuse, une écume épaisse sortant de la bouche et des narines; la face cadavéreuse, les sueurs froides, surtout aux extrémités supérieures, avec anxiété précordiale; les yeux ternes, la paralysie des sphyncters de l'anus et de la vessie; la gravité des symptômes essentiels, la préexistence ou la concomitance d'une inflammation quelconque, principalement des méninges ou du cerveau lui-même; l'insensibilité aux divers stimulans appliqués, l'absence du sang quand la veine est ouverte, l'inefficacité de tous les remèdes, sont les signes d'une terminaison funeste.

Le nombre des attaques et l'état de la respiration doivent être pris en très-grande considération, quoique l'on sache aujourd'hui que la première attaque peut être mortelle, comme la troisième et même la sixième peuvent ne pas l'être, et que la respiration peut s'exécuter fort régulièrement, et néanmoins le malade succomber.

Un âge moyen, une constitution ni trop forte ni trop faible, des causes occasionnelles légères, ou suivies de peu d'effet ou faciles à éloigner; le pouls et le visage dans leur état naturel; le retour de la sensibilité et des fonctions de l'entendement; une hémorrhagie nasale; l'apparition d'une évacuation supprimée, soit naturelle, soit artificielle; une sueur douce, générale et égale; des urines abondantes, des évacuations alvines, présagent au contraire une issue heureuse.

L'apoplexie foudroyante ne laisse aucun espoir; elle est constamment mortelle; tout traitement est inutile.

Il existe aujourd'hui un assez grand nombre d'exemples d'apoplexies sanguines complètement guéries après un temps très-long, et par les seuls efforts de la nature. A ce sujet j'ai consulté avec intérêt une thèse soutenue à la Faculté de médecine de Paris (le

29 août 1814 ; par M. *Riobé*), qui renferme des observations très-curieuses, qui prouvent que le sang qui s'est épanché dans le cerveau peut être résorbé à la longue, à l'aide d'une membrane que la nature développe accidentellement autour de lui.

Cependant, il faut l'avouer, la guérison de cette affection est rarement parfaite ; une lésion plus ou moins marquée des fonctions des sens et des facultés intellectuelles, surtout du jugement et de la mémoire, la paralysie, le tremblement, le spasme cynique, les borborygmes, les flatuosités, l'écoulement involontaire des larmes pour les causes les plus légères, l'assoupissement, les vertiges, l'embarras de la langue, l'hémiplégie surtout du côté droit, etc., etc., sont des affections qui succèdent très-communément à l'apoplexie, et qui se prolongent jusqu'au moment où une ou plusieurs attaques nouvelles délivrent pour jamais les malades de leur malheureuse existence.

Ouverture des cadavres.

L'examen des cadavres des personnes mortes d'une attaque d'apoplexie a présenté les altérations les plus variées et les plus nombreuses : ainsi on a vu, dans certains cas, qu'il existait un engorgement plus ou moins considérable des vaisseaux sanguins du cerveau, du cervelet, de la moelle allongée, et souvent de la moelle épinière, avec ou sans épanchement de sang hors de ces vaisseaux, dans la cavité du crâne et du canal vertébral, entre leurs membranes, ou dans les ventricules, ou dans leur propre substance.

Dans d'autres circonstances, on a trouvé des épanchemens de sérosité, de matières albumineuses, muqueuses, en plus ou moins grande quantité, et en proportions diverses, presque toujours réunies à la congestion, ou à l'épanchement de sang.

Dans d'autres, mais moins communes, on a rencontré des hydatides, des tumeurs enkystées de diverse nature, des squirrhes,

des concrétions polypeuses, des fongosités, des fausses membranes.

Dans d'autres enfin, on a remarqué des ossifications des veines, des sinus, des membranes, quelquefois des artères; des exostoses, des esquilles, des vices de conformation.

Le cœur et les gros vaisseaux qui en partent ont offert également aux observateurs des lésions plus ou moins remarquables : on a vu, par exemple, des ossifications dans l'artère aorte thoracique, dans l'oreillette droite, dans les valvules des oreillettes et du cœur.

L'oreillette droite et le ventricule droit ont été souvent trouvés considérablement dilatés, leurs parois étant ou épaissies ou amincies, et leurs cavités étant toujours pleines de sang, ainsi que la veine cave supérieure.

Mais un objet qui mérite toute notre attention et qui n'échappa point à *Baglivi*, c'est le volume et l'épaisseur très-considérables des parois du ventricule gauche du cœur; rien n'est plus exact et plus facile à constater par l'observation; et, dans ces derniers temps, M. le professeur *Richerand* a eu la douleur de s'en convaincre, par l'ouverture du cadavre du célèbre professeur *Cabanis*, qu'enleva à la médecine et à la politique une attaque d'apoplexie foudroyante : aussi regarde-t-il l'excès de volume et d'épaisseur du ventricule gauche du cœur comme une disposition plus prochaine à l'apoplexie qu'un col court et une tête volumineuse, qui établissent, suivant le plus grand nombre des médecins, la conformation apoplectique.

Je me permettrai, avant de terminer cet article si important d'anatomie pathologique, de faire observer que l'examen des cadavres des individus qui sont morts d'une attaque d'apoplexie mériterait d'être fait avec une plus scrupuleuse attention; on ne devrait point, il me semble, comme on le fait communément, négliger d'ouvrir le canal rachidien, pour en examiner le cordon et ses membranes; on devrait même blâmer publiquement la négligence que certaines personnes apportent dans ces cas difficiles, mais

non décourageans ; et comme certaines précautions deviennent indispensables pour ne point se tromper, je crois qu'il ne sera pas hors de propos de rappeler le mode de procéder à l'examen du cerveau et du cordon rachidien indiqué par M. le professeur *Chaussier :* « Après avoir coupé, dit-il, les cheveux avec des ciseaux, ou mieux encore avec un rasoir, on fait soutenir la tête par un aide, qui appuie de chaque côté une de ses mains sur les oricules : alors on fait, dans la direction de la ligne médiane et en pénétrant jusqu'à l'os, une incision qui, de la racine du nez s'étend jusque sur l'apophyse épineuse de la cinquième ou sixième vertèbre du cou ; on en fait de même une autre qui, du bord postérieur et supérieur d'une oricule, passe transversalement sur le sommet de la tête, et se termine à l'autre oricule ; on détache ensuite promptement et jusqu'à l'os ces quatre lambeaux par leur angle supérieur ; on les abaisse, et on les laisse attachés par leur base ; puis, en glissant la lame du couteau sous la portion des muscles temporo-maxillaires qui adhèrent au crâne, on les sépare et on les laisse tomber sur l'arcade zygomatique ; on détache de même avec la pointe du couteau tous les muscles implantés sur l'os occipital, sur la portion cervicale des premières vertèbres du cou, et on rejette sur le côté ces masses musculaires. »

Après avoir ainsi dépouillé le crâne, il faut y faire avec la scie une coupe circulaire ; mais, pour bien remplir l'objet qu'on se propose, il y a plusieurs conditions importantes : 1.° cette coupe ne doit entamer ni la méninge ni le cerveau ; 2.° la portion sciée doit être enlevée sans effort, sans ébranlement ; 3.° enfin la coupe doit être telle, que l'on puisse découvrir facilement toutes les parties de l'encéphale ; et on y parvient de la manière suivante :

On fait d'abord sur le crâne, avec la pointe du couteau, une trace légère qui, du milieu de l'os frontal et un peu au-dessus des bosses surciliaires, s'étende circulairement autour du crâne, en passant sur l'os occipital. Alors on applique dans la direction de cette ligne quatre couronnes de trépan, également distantes l'une

de l'autre : deux sont placées au-devant, l'une à droite, l'autre à gauche, sur le bord de l'os frontal, qui s'articule avec le pariétal; les deux autres sont placées en arrière, près l'angle mastoïdien de l'os pariétal. Lorsque, avec la couronne de trépan, on a détaché et enlevé une portion de l'os, on passe successivement par chacune de ces ouvertures la lame mince et flexible du couteau mousse; on la glisse, on la pousse dans différentes directions pour décoller la méninge; on scie ensuite le crâne, en suivant la ligne circulaire, qui a d'abord été tracée; et si quelques portions d'os n'avaient point été atteintes, on les détruit facilement en passant dans la coupe de la scie un coin ou la lame du couteau tronqué, que l'on frappe légèrement avec le marteau.

Mais, pour bien découvrir le cerveau, le cervelet, il faut, par une autre coupe, enlever une grande portion de l'occipital, ainsi que la portion spinale des cinq ou six premières vertèbres du cou. Pour cela on trace de chaque côté du crâne une ligne oblique, qui, de l'angle mastoïdien des pariétaux, se dirige de la hauteur du condyle de l'os occipital sur les parties latérales et un peu postérieures de l'atloïde et des autres vertèbres du cou, on décolle ensuite la méninge avec le couteau mousse, puis l'on scie, mais avec légèreté.

Ce procédé doit être modifié dans quelques circonstances : par exemple, s'il y avait au côté droit de la tête une altération quelconque qui pût faire présumer un épanchement de sang entre le crâne et la méninge, une collection de pus ou de sang, soit dans le ventricule droit du cerveau, soit dans le tissu de cet organe; alors, pour en déterminer le siége, l'étendue, il conviendrait de n'enlever d'abord que la partie gauche du crâne. Pour cela, après avoir fait une incision cruciale aux tégumens et les avoir détachés du crâne, on ferait avec la scie une coupe sémi-circulaire, qui commencerait au milieu de l'os frontal, pour se terminer vers le milieu de l'os occipital; puis, avec la scie, on ferait dans la direction de la ligne médiane une coupe longitudinale, qui commencerait à l'os

frontal, pour se terminer à l'os occipital. En enlevant cette tranche ou segment osseux, on aurait une ouverture assez grande pour détacher et enlever facilement toute la partie gauche du cerveau, etc.

Pour mettre bien en évidence le cordon rachidien et ses annexes, ajoute le même professeur, on doit procéder à l'ouverture du canal rachidien de la manière suivante : on couche le corps sur la face sternale, on place sous l'abdomen quelques billots de bois, ou mieux un petit sac rempli de foin, de paille ; un paquet de gros linge, afin de soulever la portion lombaire du rachis, d'en effacer ou diminuer la courbure ; ou bien, au défaut de ces moyens, on place le cadavre en travers sur la table, de manière que la tête soit un peu pendante, ainsi que les membres inférieurs : alors, avec le couteau tranchant, on fait une incision transversale, qui, de la base d'une apophyse mastoïde s'étende à l'autre, en passant sur l'occiput, et divisant jusqu'à l'os toutes les parties qui s'y trouvent ; on fait ensuite une incision longitudinale, qui, du milieu de l'occiput, s'étend au sacrum en suivant la ligne médiane du corps, puis avec la pointe du couteau on détache en même temps la peau et la masse des muscles qui adhèrent à l'os occipital, à la face spinale du rachis, et on les renverse de chaque côté.

Après avoir ainsi découvert, et dans toute son étendue, la portion annulaire des vertèbres, on prend une scie, que l'on appuie le plus près possible de leurs apophyses transversales, et l'on coupe successivement chaque vertèbre en conduisant la scie de bas en haut ; c'est-à-dire du sacrum à l'os occipital. Lorsqu'on a scié de droite et de gauche l'épaisseur de la portion annulaire des vertèbres, on détache, on enlève aisément en une seule fois la série des apophyses épineuses, qui restent attachées et soutenues par des portions ligamenteuses et quelques faisceaux musculaires. Si, comme il arrive souvent à cause de l'inégalité d'épaisseur des parties, quelque point des vertèbres n'est pas complètement scié, on en achève la séparation en appuyant, sur l'endroit qui résiste, le tranchant du couteau mousse, et en donnant sur le dos de cet in-

strument un coup de marteau. Enfin, dans le cas où l'ouverture pratiquée ne serait point suffisante pour bien découvrir la gaîne méningienne, on l'agrandit en coupant, à l'aide du couteau mousse et du marteau, toutes les portions saillantes des vertèbres.

Lorsqu'on a enlevé la portion spinale du rachis, on doit considérer l'état de la gaîne méningienne, de ses vaisseaux, du tissu graisseux qui l'environne; on ouvre ensuite cette gaîne méningienne dans toute sa longueur, pour examiner le cordon rachidien et le faisceau des nerfs lombaires et sacrés, que l'on nommait si ridiculement *la queue de cheval;* et l'on doit, dans cet examen, observer s'il n'y a point à la surface de cette partie, ou dans l'épaisseur de la membrane qui la recouvre, une couche couenneuse, purulente; s'il n'y a point quelque épanchement sanguin séreux ou puriforme. Ici nous devons avertir, ajoute M. le professeur, qu'il n'est point rare de voir les veines rachidiennes gorgées de sang, et même de trouver dans la gaîne méningienne du rachis une certaine quantité de sérosité limpide, jaunâtre, ou visqueuse; mais observons bien que cet engorgement des veines n'est, le plus ordinairement, qu'un résultat de la mort, des symptômes qui l'ont précédée, de la situation dans laquelle le corps a été conservé. Il en est de même de l'épanchement séreux; ce n'est qu'une exsudation qui se fait à la mort; et sa quantité est plus ou moins considérable, suivant la constitution du sujet et le temps où l'on en fait l'ouverture.

En procédant ainsi d'une manière simple et méthodique, on évitera les erreurs, et on s'assurera toujours de la vérité. Le travail est long et rebutant; mais la vérité est aussi bien satisfaisante! Elle dédommagera toujours celui qui aura consacré une partie de sa vie à sa recherche.

Traitement.

C'est ici que la médecine agissante trouve son entière application. C'est ici qu'il faut employer avec ordre et promptitude les nombreux moyens qu'elle nous offre ! Tout retard pourrait devenir funeste. Heureux si, aidés des vastes richesses de la matière médicale, le succès couronnait dix fois sur vingt nos efforts les mieux dirigés ! La nature, le plus souvent, trompe les espérances que nous croyons le mieux fondées, et refuse ainsi à l'art l'honneur de réparer le mal qu'elle a fait.

Préserver de la maladie celui qui en est menacé, la combattre lorsqu'elle existe, et en prévenir les récidives, constituent les trois bases principales du traitement de l'apoplexie.

Le traitement préservatif est sans contredit le plus facile et le plus avantageux ; il consiste dans l'emploi sagement combiné des six choses que les anciens appelèrent *non-naturelles :* ainsi l'individu qui aura une prédisposition à l'apoplexie devra respirer, autant que possible, un air frais, pur, éviter qu'il soit mêlé à des exhalaisons putrides, qu'il soit uni à des gaz délétères ; il ne devra point habiter dans des appartemens trop chauds, ni s'exposer à l'action d'un soleil ardent, ni à un froid intense. Ses vêtemens, différens selon les saisons et les variations atmosphériques, devront être amples, larges, afin qu'ils n'empêchent point les fluides de circuler librement. Il se gardera de prendre des bains ni trop chauds ni trop froids ; il fera choix d'alimens simples et de facile digestion : les végétaux et la chair des animaux tendres et jeunes devront être préférés. Ses alimens ne devront point être épicés ; car ils irriteraient trop l'estomac, qui, en réagissant sur les autres organes, et principalement sur le cœur, accélérerait la circulation et produirait des effets fâcheux.

Les personnes ainsi prédisposées aux attaques d'apoplexie devront également s'abstenir de faire usage de café, de vin pur, d'eau-de-

vie, enfin de toutes les liqueurs fermentées et irritantes ; elles devront se borner à boire le vin coupé avec beaucoup d'eau, si toutefois elles avaient contracté l'habitude de cette liqueur. Les boissons aqueuses, acides, et autres rafraîchissantes, sont les seules dont elles devront user habituellement.

Ces moyens généraux, qui conviennent le plus ordinairement, seraient nuisibles dans certains cas et à certains individus faibles, débiles ; alors les toniques, mais administrés avec beaucoup de ménagement, et un régime analeptique, devraient leur être substitués.

Manger modérément, et ne point prendre des alimens le soir, sont deux préceptes qui méritent, de la part des personnes qui ont lieu de redouter cette maladie, une attention d'autant plus spéciale, qu'un auteur moderne (1) ne craint pas de dire que les apoplexies sont devenues moins fréquentes à Paris depuis que l'usage du souper a été abandonné.

La constipation à laquelle sont sujets ordinairement les individus prédisposés à l'apoplexie devrait être combattue par des lavemens ; on pourrait même tenir le ventre libre à l'aide de quelques doux laxatifs, tels que la casse, le tamarin, le tartrate acidulé de potasse, etc. Si quelque autre excrétion se faisait d'une manière imparfaite, on tâcherait, par des moyens appropriés, de la ramener à son état naturel ; on conseillerait enfin aux personnes ainsi exposées à être les victimes de cette maladie terrible de ne pas veiller pendant des nuits entières, de ne pas dormir après leurs repas, de ne pas fatiguer trop, ainsi que de ne pas rester dans une inaction trop absolue : on leur recommanderait enfin de fuir ces grandes assemblées où les convenances et les passions tour à tour nous attirent et nous repoussent.

---

(1) *Antoine Portal*, Observations sur la nature et le traitement de l'apoplexie, in-8. Paris 1811.

Mais ni la prévoyance, ni les avis du médecin, ni la soumission des malades ne préviennent pas toujours le mal qu'ils redoutent avec tant de raison; et alors au traitement préservatif doit succéder le traitement curatif, dont nous allons nous occuper.

Dès qu'une personne est tombée en apoplexie, les premiers soins des assistans doivent se borner à desserrer toutes les parties de vêtemens qui pourraient gêner la libre circulation des fluides. Le malade sera placé dans un fauteuil ou sur un lit, en ayant soin de tenir sa tête élevée; on veillera à ce que la température de la chambre où on l'aura transporté ne soit ni trop chaude ni trop froide; on couvrira très-légèrement son corps et sa tête : le tout devra être exécuté avec célérité, et sans lui imprimer de grandes secousses.

Aussitôt après, le médecin lui pratiquera une saignée, qui devra être proportionnée à l'intensité des symptômes, à l'âge et à la force du malade; on la réitérera deux ou trois heures après, jusqu'à trois fois dans l'espace de vingt-quatre heures, toujours en ayant égard à la vigueur du sujet et à la gravité du mal. Cependant, si la maladie reconnaissait pour cause la suppression des hémorrhoïdes, des menstrues, on devrait, immédiatement après avoir pratiqué une saignée générale, faire appliquer les sangsues, soit à l'anus, soit à la vulve. Ni la vieillesse, ni la maigreur, ni la faiblesse même, qui n'est souvent qu'apparente et nullement réelle, ne doivent éloigner le médecin d'avoir recours à la saignée, que l'expérience a démontré être nécessaire dans toute apoplexie forte, de quelque espèce qu'on eût voulu la supposer; et si *Wepfer* la rejeta dans l'apoplexie séreuse, c'est sans doute par le raisonnement, et non point par l'observation, qu'il fut conduit à admettre cette opinion, désapprouvée par *Fernel*, *Baillou*, *Rivière*, *Lancisi*, *Sydenham*, et plusieurs autres célèbres médecins praticiens.

La nécessité de la saignée étant bien reconnue, il se présente deux questions auxquelles il importe de répondre; savoir :

Est-il indifférent, dans une attaque d'apoplexie, d'ouvrir l'artère ou la veine?

Si la phlébotomie est préférable, en quel endroit du corps faut-il la pratiquer?

Bien éloigné de croire qu'il soit indifférent de recourir à l'artériotomie ou à la phlébotomie, je pense, au contraire, que cette dernière seule doit être pratiquée et préférée dans tous les cas; car, outre que la situation de la seule artère qui, par sa position, pût être ouverte sans danger, est défavorable, et que sa division réclame une opération, on peut y suppléer par l'ouverture des jugulaires, quoiqu'elles ne fournissent quelquefois pas plus de sang que les artères, dont les parois sont fortement contractées sur elles-mêmes.

J'aborde maintenant la deuxième question; et l'on prévoit d'avance que l'endroit où la saignée devra être pratiquée dépendra, 1.° de l'intensité de la maladie; 2.° de la cause qui l'a produite; 3.° de la constitution du sujet qui en est attaqué. En effet, l'apoplexie est-elle très-violente, il est évident que l'ouverture de la jugulaire sera préférable à toute autre, se rappelant seulement le précepte de *Valsalva* et *Morgagni*, qui ne veulent point qu'on ait recours à la ligature du cou, comme on le pratiquait ordinairement de leur temps. Si l'apoplexie reconnaissait pour cause la suppression du flux hémorrhoïdal ou des menstrues, la saignée du pied serait indiquée; enfin, il existe certaines femmes chez lesquelles le tissu adipeux est si considérable, qu'il masque parfois entièrement les veines; il est clair alors qu'il faudrait ouvrir celle qu'on pourrait.

Après avoir examiné en détail chacune de ces questions, qui m'ont paru mériter une attention particulière, je continue l'exposition des moyens qu'on emploie dans le traitement curatif de l'apoplexie, et toujours suivant leur degré d'importance et leur efficacité.

Immédiatement après la saignée, le médecin devra chercher quelle

pourrait avoir été la cause de la maladie, et modifier le traitement ultérieur conformément à sa nature. Si elle existait, par exemple, dans un embarras gastrique, aussitôt il aurait recours aux vomitifs, qui ont été tour à tour recommandés et prescrits par des autorités également respectables.

En général, les vésicatoires conviennent dans l'apoplexie; ils déterminent dans des parties plus ou moins éloignées de la tête l'afflux d'humeurs qui a lieu vers le cerveau; cependant on peut souvent suppléer à leur action révulsive par les sinapismes; plusieurs praticiens même combinent avec succès ces deux moyens héroïques. Mais, soit qu'on ait recours aux vésicatoires ou aux sinapismes, soit qu'on réunisse à la fois l'un et l'autre de ces moyens, il est indispensable, quand on voudra obtenir d'eux un effet révulsif, de les placer loin de la tête : ainsi on les appliquera avec avantage aux cuisses, aux jambes, à la plante des pieds, etc. Les lavemens irritans de diverse nature, composés, soit avec le séné, le sel d'epsom; soit avec le sel marin, le vin émétique trouble, la décoction de tabac, offrent, dans beaucoup de cas, de grands avantages.

Si le malade pouvait avaler, on ne manquerait pas de lui administrer par la bouche quelques boissons légèrement acidules, qu'on rendrait peu à peu laxatives, et on aurait soin d'insister d'autant plus sur ces dernières, ainsi que sur les lavemens irritans, que les individus seraient plus gras et sujets à des embarras intestinaux : mais la déglutition est quelquefois non-seulement gênée, difficile, mais même interceptée.

Après avoir rempli, par les divers moyens que je viens d'énumérer, la première indication, c'est-à-dire empêcher la cause connue ou présumée de la maladie d'agir plus long-temps, il ne me resterait qu'à parler des remèdes qu'on peut opposer aux effets de cette même cause; mais la lenteur avec laquelle ces effets dis-

paraissent prouve assez combien leur action est faible, et nous avertit que nous devons tout attendre du temps.

Le régime des malades attaqués d'apoplexie devra être semblable à celui qui convient dans toutes les maladies aiguës; mais de même que le traitement, le régime est susceptible de mille modifications, dans les détails desquelles je ne puis entrer ici. Qu'il me suffise de dire que le médecin doit des égards à l'habitude, à l'âge et à l'état des organes digestifs du malade.

On préviendra les rechutes par tous les moyens préservatifs indiqués ci-dessus, c'est-à-dire, en évitant tout ce qui tendrait à augmenter la pléthore générale, appeler les humeurs vers le cerveau, et accélérer le mouvement de la circulation ou exciter le système nerveux.

HIPPOCRATIS APHORISMI

(*Edente* FOESIO).

I.

Valida quidem apoplexia nullo modo sanatur; levis verò, non facilè. *Sect.* 2, *aph.* 22.

II.

At corporis syderationes contingunt eâ ætate maximè quæ est à quadragesimo ad sexagesimum. *Sect.* 6, *aph.* 57.

III.

Morborum melancholicorum periculosi decubitus, aut corporis syderationem, aut convulsionem, aut furorem, aut cæcitatem denuntiant. *Ibid.*, *aph.* 56.

IV.

Quibus benè valentibus capitis dolores derepentè contingunt, statimque voce deficiunt, et stertunt, intra dies septem pereunt, nisi febris eos prehenderit. *Ibid.*, *aph.* 51.

V.

Aqua inter cutem laborantibus orta in corpore ulcera, non facile sanantur. *Ibid.*, *aph.* 8.

VI.

Renum et vesicæ vitia in senibus ægrè curantur. *Ibid.*, *aph.* 6.

VII.

Si mulier quæ neque gravida est, neque peperit, lac habet, ei menstrua defecerunt. *Sect.* 5, *aph.* 39.

VIII.

Mulieri sanguinem vomitione rejicienti, menstruis erumpentibus solutio contingit. *Ibid.*, *aph.* 32.